

Modulo di richiesta accredito Medico/Infermiere

Il modulo deve essere compilato in ogni sua parte e inviato tramite e-mail **avente ad OGGETTO: Accredito Medico Infermiere a commerciale.expomedicina@gmail.com**

Il/la sottoscritto/a _____

(qualifica) _____

Iscritto all'ALBO /Ordine di _____

Indirizzo _____

Città _____ Cap _____ Provincia _____

Telefono/cellulare _____

E-mail _____

CONVEGNI/SEMINARI

1 2 3 4 5 6 7 8

9 10 11 12 13 14 15 16

17 18 19 20 21 VISITA AREA ESPOSITORI

Dichiarazione privacy

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del RGPD, acconsento al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto, particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati sensibili.

Data _____

Firma per concedere il consenso _____

Per qualsiasi informazione e assistenza contattare Segreteria organizzativa Interproject Srl al +39 347 675 4533 - +39 095 7226030